FACULTE DE MEDECINE-PITIE-SALPETRIERE

ANNEE 1972-1973

PARIJS

N° 174

THESE

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

LE JALLE née BIANCHERI Sylvia

Née le 29 Septembre 1946 à PAU (Basses-Pyrénées)

Présentée et soutenue publiquement le 1973

LA PRISE EN CHARGE DE SUICIDANTS EN MILIEU HOSPITALIER REGIONAL

REALITES ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

(à propos de 33 cas observés à l'hôpital de Coulommiers)

Président : Monsieur DUCHE Didier, Professeur.

FACULTE DE MEDECINE-PITIE-SALPETRIERE

ANNEE 1972-1973

N°

T H E S E

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

LE JALLE née BIANCHERI Sylvia

Née le 29 Septembre 1946 à PAU (Basses-Pyrénées)

Présentée et soutenue publiquement le 1973

LA PRISE EN CHARGE DE SUICIDANTS EN MILIEU HOSPITALIER REGIONAL

REALITES ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

(à propos de 33 cas observés à l'hôpital de Coulommiers)

Président : Monsieur DUCHE Didier, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

AU DOCTEUR J. P. SOUBRIER

Qui a bien voulu, grâce à son expérience et à sa bienveillance, orienter ce travail dans des voies plus fécondes.

- Avec mon admiration déférente -

A MONSIEUR LE PROFESSEUR - Didier DUCHE

Qui nous a fait le très grand honneur de
présider notre thèse.

AU DOCTEUR DEVAUX

Chef du Service de Médecine Générale de
l'hôpital de Coulommiers.

Qui m'a proposé l'exemple accompli de la disponibilité totale et de l'effort permanent.

Avec ma respectueuse reconnaissance.

AU DOCTEUR LUCIANI

Chef du Service de soins intensifs de l'hôpital de Coulommiers.

Qui m'a appris à refuser le réel au nom de ce qu'il doit être..

Avec mon affectueux attachement.

AU DOCTEUR LAMARCHE

Qui m'a prodigué si souvent son amitié et ses conseils.

AU PERSONNEL DE L'HOPITAL DE COULOMMIERS,

SANS L'AIDE DUQUEL CE TRAVAIL N'AURAIT PU ETRE REALISE.

P L A N

I. INTRODUCTION

II. GENERALITES PRELIMINAIRES

a) Définition de la tentative de suicide

b) Caractère normal ou pathologique du suicide

III. PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES

VI. DESCRIPTION DES CONDITIONS CONCRETES DE LA PRISE EN CHARGE DES SUICIDAIRES

a) Le Problème des médecins

b) Le Problème de l'accueil à l'hôpital

- dans la région de Coulommiers
- Comparaison avec Fernand WIDAL
  avec le service médical des urgences
  des hospices civils de Lyon

V . OBSERVATION : 32 cas

Plan de l'Observation

NOM

AGE

ORIGINE (métier
) situation de famille
(antécédents - familiaux
- personnels

DUREE D'HOSPITALISATION

PRODUITS UTILISES

PROBLEMES MEDICAUX DE REANIMATION

CIRCONSTANCES DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

AVIS DU PSYCHIATRE : Si une consultation a eu lieu

SUITE

.../...

VI. DONNEES RETENUES

VII. PRESENTATION DES RESULTATS

a) Nombre des tentatives de suicide en fonction de l'âge

b) Nombre des tentatives de suicide en fonction de l'origine

c) Fréquence des tentatives de suicide en fonction de la durée d'hospitalisation.

d) Classification psychiâtrique des suicidaires

e) Suites de la tentative de suicide

VIII. SUGGESTIONS ET PROPOSITIONS

a) La notion de prévention

b) La notion de postvention

c) Rôle de l'hôpital

IX . CONCLUSION

INTRODUCTION

Au cours de mon stage interné dans un service de médecine générale de femmes, à l'hôpital de Coulommiers, j'ai été confrontée tous les jours à des problèmes d'ordre psychiâtrique. Cette confrontation n'a rien d'anormal en soi, mais elle m'a tout de même fait apparaître la gravité d'un problème à la fois général et spécifique : le problème des tentatives de suicide.

Cette gravité se montre d'autant plus redoutable, qu'elle fait converger trois ordres de remarques, la fréquence d'abord, le fait que les sujets jeunes sont particulièrement exposés ensuite, la pauvreté des solutions offertes par un simple service de médecine générale, enfin.

La fréquence se révèle en effet particulièrement élevée ; 33 cas en une seule année de pratique. Ces 33 cas sont d'autant plus spectaculaires qu'ils ne représentent qu'une partie des tentatives de suicide de la région. Ils constituent, d'ailleurs, une sorte d'entité clinique, puisque tous les cas concernés comportent des caractéristiques communes (intoxication médicamenteuse, risque vital minime, absence de mutilation) qui les opposent à d'autres catégories (les hommes et les vieillards par exemple) au sein d'une population générale de suicidaires que nous n'avons pu atteindre dans toutes ses dimensions.

La Jeunesse des sujets constitue d'autre part un élément particulièrement significatif, d'autant plus dramatique que le désir de mort d'une jeune est plus difficilement admissible.

Elle nous a engagée à des réflexions sur différents domaines de responsabilités, domaines dont certains dépassent celui du simple médecin d'hôpital.

La pauvreté des solutions autres que strictement médicale (réanimation) ne pouvait, de son côté, que nous inciter

.../...

à un approfondissement de la réflexion. Ce n'est pas parce que le risque vital est minime dans le type de tentative étudiée, que nous devons négliger d'aller jusqu'au bout de la question.

Certains cas, au cours des années précédentes, se sont d'ailleurs révélés mortels, et rien ne nous interdit de penser que certaines tentatives, non réussies de cette année, ne se révèleront pas fatales par la suite ! . Il est bien connu en effet que les tentatives deviennent plus sérieuses au fur et à mesure qu'elles se renouvellent.

Nos moyens ont été les moyens "habituels" d'un service de médecine générale, dans un hôpital de 2ème catégorie à 60 km de Paris : l'hôpital de Coulommiers.

Coulommiers est destiné à être le siège d'une sectorisation psychiâtrique qui se concentrera sur un établissement assez important et qui serait à construire dans un délai relativement court. En attendant Coulommiers dépend, du point de vue psychiâtrique, de l'hôpital de Clermont de l'Oise (75 km).

Cette situation est assez paradoxale car les hôpitaux de MELUN et LAGNY, pourvus chacun d'un service psychiâtrique, sont beaucoup plus accessibles, (respectivement à 45 km et 35 km).

Sur le plan de l'hygiène mentale, il existe à Coulommiers, un dispensaire d'hygiène sociale, avec une consultation d'hygiène mentale. Cette consultation a lieu une fois par semaine pendant quatre heures, mais elle ne fonctionne pas à plein rendement.

Elle ne reçoit en effet que des enfants et, à la rigueur quelques adultes le plus souvent éthyliques et amenés par la gendarmerie. En outre, comme il n'y a pas de psychiâtre installé en ville, c'est dire que toutes les consultations d'hygiène mentale d'adultes, sont données de façon hebdomadaire par le psychiâtre de l'hôpital.

GENERALITES PRELIMINAIRES

GENERALITES PRELIMINAIRES

a) DEFINITION DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

La distinction classique entre suicide et tentative de suicide, si elle paraît indispensable dans le domaine des applications médico-légales,ne semble pas psychologiquement fondée de manière satisfaisante.

Il existe, en fait, une profonde analogie de signification à l'intérieur de la notion d'auto-destruction, entre la vélléité simple et la réussite de l'acte définitif.

La notion d'auto-destruction mérite ainsi d'être approfondie. C'est pourquoi certains auteurs proposent d'intercaler entre les décès absolument indépendants de la volonté du sujet (" non intentionned death") et les suicides délibérés ("intentionned death") une série de cas intermédiaires (souvent "intentionned"). Une rigoureuse définition de ces cas nous permettrait de disposer d'un canevas conceptuel susceptible de situer exactement la place "d'une tentative de suicide", et par la même occasion de rendre compte de ces auto-destructions multiples et parfois subtiles qui intéressent profondément la pratique médicale. (Toxicomanies, anorexie, refus des thérapeutiques proposées ! . .)

Il n'est pas question pour nous d'entreprendre une exploration de ce type, exploration qui dépasserait le cadre de notre travail, et qui nous orienterait vers des prises de positions terminologiques, que nous n'avons pas autorité pour fonder en toute rigueur. . .

Nous nous contenterons de signaler cette difficulté qui présente, entre autres inconvénients, celui de rendre extrêmement suspectes, les informations statistiques générales.

Une statistique n'est en effet valable que si la donnée élémentaire qu'elle prend en compte est définie au départ sans la moindre équivoque.

. . ./. . .

Nous considérons donc dans notre étude la tentative de suicide, à partir de ses significations les plus courantes, à savoir :

1) le comportement d'un individu qui accomplit délibérément un acte devant entraîner sa propre destruction, mais qui, pour des circonstances indépendantes de sa volonté, échappe au processus destructeur (mauvaise information sur la dose mortelle, secours prématuré apporté par des proches...)

2) le comportement d'un individu qui amorce un acte susceptible d'entraîner sa mort, mais sans forcément s'engager de manière tout à fait volontaire et sincère. Dans cette catégorie entrent notamment :

- le suicide chantage(rare)et le suicide "pression"(plus fréquent)
- le suicide dont la signification est une demande d'aide psychologique, un "appel au secours". C'est-à-dire, paradoxalement, la recherche d'une communication, que le suicide vrai aurait pourtant pour fonction d'éliminer.

En résumé, la tentative de suicide est pour nous la succession purement formelle,considérée d'un point de vue extérieur,du geste suicidaire et de la survie.

b) CARACTERE NORMAL OU PATHOLOGIQUE DU SUICIDE ?

La réponse à cette question est aujourd'hui contraversée : l'idée de suicide est en effet extrêmement banale chez les êtres humains et sa représentation imaginaire joue un rôle important dans la vie psychique de tout un chacun.. Il est rare de rencontrer des êtres qui n'aient pas été effleurés par cette idée, ou atteints par son fantasme à une période quelconque de leur existence. C'est pourquoi, malgré son caractère profondément "anti-naturel", on ne peut pas considérer l'image du suicide comme absurde.

En fait la conception pathologique du suicide procède de deux origines :

.../...

- La civilisation chrétienne, d'une part reflétant une conception métaphysique réconciliant "nature" et homme".

- La détermination purement statistique de "l'anormal" d'autre part. Cette dernière notion élaborée à partir du XIXe siècle est centrée sur le fait qu'un comportement qui touche vingt à vingt cinq individus sur cent mille, ne peut être considéré comme véritablement représentatif d'une conduite humaine "normale" ; cette proportion est plus exactement celle des "déviants".

Plus encore que ces considérations, il nous semble que c'est le fait pour un être de ne pas "persévérer dans son être" (SPINOZA), le fait pour la vie de se nier elle-même qui nous oriente vers le rejet du suicide dans la psychopathologie.

L'angoisse de la mort considérée comme un constituant normal de la personnalité, se réactive facilement devant le caractère volontaire d'une auto-destruction. Ces effets de masque et de rejet s'accentuent encore plus quand le suicide concerne l'adolescent, c'est-à-dire un être susceptible de symboliser la pulsion vitale, dans ce qu'elle a de neuf, de riche, et de potentiel.

Ces réflexions nous conduisent aussi à nous interroger sur le caractère normal ou pathologique du suicide. Ce problème est très différent en ce qui concerne les adultes et en ce qui concerne les adolescents.

Chez l'adulte la détermination psychiatrique est plus facilement réalisée en ce sens que l'adulte est un être stabilisé dans ses caractéristiques. Les grandes catégories suicidogènes sont, dans des proportions variables selon les auteurs, les psychomaniaco dépressives, la schyzophrénie, le déséquilibre caractériel, l'alcoolisme, le délire chronique, l'épilepsie...

Par contre, si ont peut considérer que c'est au cours de l'adolescence qu'apparaissent et se développent un certain nombre de maladies mentales, c'est précisément au cours de cette période que les diagnostics sont le plus difficilement déterminables.

/

Tout se passe comme si certaines maladies mentales elles-mêmes, ne se représentaient chez l'adolescent que sous une multitude de traits potentiels, disséminés, disparates, et difficiles à regrouper dans un cadre strict : troubles névrotiques légers, petits troubles caractériels, troubles psychopathiques, crises juvéniles graves...

Ce qui est frappant c'est que l'adolescence elle-même est parfois toute entière considérée comme une sorte de crise permanente "la crise d'originalité juvénile".

Gorceix indique :

" Un certain nombre de sujets ont des traits pathologiques assez mineurs.. hors la tentative de suicide, la plupart des psychiâtres les auraient considérés comme normaux.. et simplement porteurs d'un trait caractériel accentué. En fait, il apparaît peu de psychotiques francs..

Les plus nombreux, parmi nos mineurs suicidants sont des psychopathes, mais ceux-ci n'ont que des traits mineurs de déséquilibre ; la plupart font partie d'une population de sujets limites marginaux".

C'est pourquoi nous avons constaté que chez les adolescents que nous avons étudiés, une proportion importante de suicidaires, échappent à toute étiologie psychiâtrique classique.

PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES

PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES

Si nous avons rappelé ces généralités, c'est à la fois pour préciser notre vocabulaire et pour marquer que notre étude ne saurait être considérée en aucun cas, comme susceptible d'englober l'ensemble de la question de la tentative de suicide. Elle est en effet astreinte à des limitations qui tiennent aux conditions mêmes de son déroulement... Elle concerne en effet un lot de femmes aux caractéristiques suivantes :

- hospitalisées dans un hôpital de province

et dans un service de médecine générale, pour une intoxication volontaire, pendant la courte période d'un an.

Sont donc éliminés de mon travail, même dans le contexte déjà limité de l'hôpital de Coulommiers, les suicidaires dont les suites de la tentative ont nécessité une hospitalisation en chirurgie (ouvertures de veines, chutes volontaires, blessures d'ordre divers). Il en est de même, en ce qui concerne les femmes suivies en clinique privée, ou à leur domicile.

En matière de tentative de suicide, la "marginalité" et le "secret" sont la règle; ce qui, compte tenu de l'extrême dispersion des cas, fausse radicalement à la base les statistiques, même les plus officielles... Ce facteur de distorsion, s'ajoute à celui que nous avons vu apparaître à propos de l'absence de définition rigoureuse du suicide.

Il aurait fallu, en effet, pour élaborer une étude générale concernant la tentative de suicide :

1) Réunir un "corpus de cas", dans un contexte normalisé, portant sur une population assez large pour être représentative. Or, l'étude que nous présentons porte en fait sur des déterminations socio-économiques particulières à nos sujets.

2) Il aurait fallu, en outre, que l'enquêteur eût à sa disposition pour tous les malades, les conclusions d'un examen complet ; malheureusement, certaines suicidaires, par la rapidité de leur séjour (24 à 48 h) échappent à un examen dont le type hebdomadaire est pré-établi.

3) Troisième limitation

Le peu de durée de mes contacts avec les malades, ne m'a pas permis d'accéder jusqu'à leur système de valeurs, de leur "Sur-moi", de leurs représentations religieuses, politiques ou idéologiques. Il est possible en effet que les convictions d'ordre supra personnel ou métaphysique jouent, quand elles présentent la forme d'engagement positif, un rôle équilibrant, même dans les cas de personnalités subnormales... Et inversement, il est possible que les philosophies du désespoir, du relâchement ou du nihilisme, constituent, de leur côté, des facteurs adjuvants...

C'est tout le problème du rapport de la conservation de soi, avec la "morale" la plus élémentaire.

DESCRIPTION DES CONDITIONS CONCRETES DE LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDAIRE

DESCRIPTION DES CONDITIONS CONCRETES DE LA PRISE EN CHARGE DU SUICIDAIRE

Dans la région de Coulommiers, région qui, rappelons le, a servi de cadre à notre étude, et qui peut être assez représentative de la situation provinciale générale, envisageons, de la manière la plus fidèle ou la plus simple, la suite des opérations successives qui détermineront la prise en charge du suicidaire.

Il faut considérer au départ que toutes les familles concernées par une tentative de suicide n'appellent pas systématiquement le médecin, et nous ne sommes pas en mesure malheureusement de nous faire une idée de la proportion de ces cas.

Nous considérons par conséquent la question à partir de l'appel fait au médecin. Nous décrirons ensuite les conditions d'accueil à l'hôpital dans le cas, bien ententu, où l'hospitalisation est de fait.

a) Le Problème des médecins :

Nous avons interviewé à partir d'un questionnaire très simple treize praticiens généralistes du secteur de l'hôpital - les médecins se répartissent en deux groupes bien distincts et séparés par une différence notable de moyenne d'âge. Les plus anciens (de moyenne d'âge 54 ans) hospitalisent dans tous les cas ; les plus jeunes (moyenne d'âge 46 ans) n'hospitalisent que dans certaines conditions que nous allons préciser.

1) Médecins qui hospitalisent systématiquement :

Ils sont au nombre de cinq et, interrogés sur les motifs qui entraînent de leur part la décision d'hospitalisation, ils déclarent notamment pour trois d'entre eux, que l'hospitalisation entraîne une décharge complète de toute responsabilité et ce souhait se trouve parfois justifié par des expériences antérieures fâcheuses (récidives, mise en accusation du médecin par les familles).

.../.

Les deux autres estiment que tout suicidant doit être vu par un psychiâtre, et comme le seul psychiâtre disponible à Coulommiers se trouve être attaché à l'hôpital, la décision d'hospitalisation suit nécessairement...

2) Médecins qui n'hospitalisent que dans certains cas, c'est-à-dire dans un cas sur deux (pour la moitié des praticiens interviewés), dans deux cas sur trois (pour l'autre moitié). Ces médecins estiment que l'hospitalisation ne se justifie qu'en cas de risque somatique, ou de problème psychiâtrique évident. Ils laissent par conséquent à domicile les suicidants dont ils considèrent les cas comme mineurs, et qu'ils qualifient de certains termes aussi évocateurs que peu scientifiques, du type "suicide cinéma".

Une pareille attitude, surtout eu égard de la jeunesse relative des praticiens interrogés, nous paraît particulièrement inquiétante. Elle implique en effet une méconnaissance de l'étendue et de la gravité du problème du suicide.

b) Le Problème de l'accueil à l'hôpital

Le malade hospitalisé en urgence est admis dans un service de "soins intensifs". L'interne de garde l'y accueille et institue le traitement de réanimation. Il se contente le plus souvent d'une observation succinte et néglige, en particulier l'interrogatoire "à chaud" des familles.

Si les problèmes de réanimation, sont tellement sérieux qu'ils dépassent les possibilités thérapeutiques de l'hôpital de Coulommiers, le malade est transféré dans des centres plus spécialisés, notamment à Fernand Widal, sinon, dès son réveil, il est conduit au service de médecine générale où il est pris en charge par un interne. Toutes les opérations suivantes ne dépendent que de l'initiative de cet interne, (sauf bien entendu, dans le cas ou le chef de service est en mesure d'assurer une intervention personnelle, ce cas est malheureusement rare, car le chef de service est pris dans un réseau de responsabilités aussi diverses qu'impérieuses).

.../...

L'interne étant, lui, toujours disponible, la suite des opérations dépend en grande partie de lui. Complètera-t-il les observations ? S'intéressera-t-il à la complexité du cas ? Convoquera-t-il la famille ? Instituera-t-il dès le réveil, les conditions d'une présence attentive et sécurisante ? Envisagera-t-il un traîtement psychothérapique ou chimiothérapique ? Dans la plupart des cas malheureusement, il se contentera de mettre le malade en attente, jusqu'à la visite hebdomadaire du psychiâtre.

Ce dernier ne dispose en effet que d'une matinée par semaine pour effectuer les consultations psychiâtriques de tous les malades de la région, qu'ils soient hospitalisés ou non. Souvent débordé de travail il ne peut consacrer au suicidaire qu'un temps très limité. Il institue un traitement dont il confie la pratique au service de médecine générale se réservant de suivre une fois par semaine le malade, lors de sa consultation.

Comme nous le verrons dans nos statistiques suivantes, dans trop de cas, le malade n'attend pas cette prise en charge. Très vite il signe sa pancarte et quitte l'hôpital. Il faut dire,pour expliquer cette hâte, que le personnel infirmier, dépourvu de toute compétence psychiâtrique, accueille assez mal les suicidants. Il les accuse "d'encombrer les lits" et de prendre la place de "véritables" malades.

L'Assistante Sociale, dont le rôle serait très important dans une région comme celle que nous étudions n'est pas attachée à l'hôpital à temps plein. Elle ne vient que si on la convoque expressément !

Nous ne pouvons nous empêcher de comparer cette organisation à celle qui existe à Fernand Widal par exemple ; organisation bien décrite dans la thèse de Mme LEBOUE Catherine (19).
Les détails de cette organisation s'opposent très largement à ceux que nous trouvons à Coulommiers. Dès la fin de la réanimation le malade passe en effet dans une véritable unité psychiâtrique de 5 chambres soit 15 lits, une sixième chambre a été transformée en salle d'entretien et de réunions. Les conditions de traitement du malade,

comme les conditions d'une véritable communication entre tous les membres de l'équipe soignante sont rassemblées pour permettre le travail simultané d'un chef de clinique psychiâtre, d'un interne en psychiâtrie, d'externes, d'infirmières, de psychologues et d'une assistante sociale attachée au service.

Et pourtant, du point de vue des exigences à rassembler, nous ne sommes pas dans les conditions idéales (aucune permanence psychiâtrique pour la veille et pour la garde, pas de personnel infirmier spécialisé ou, au moins, motivé.) De sorte que, bien que les conditions d'accueil à Fernand Widal sont sans commune mesure à celles qui sont assurées à Coulommiers, il est difficile d'y instituer une véritable psychothérapie de réveil ("Waked psychothérapie" de LITMAN) C'est d'autant plus regrettable qu'il est aujourd'hui acquis que le réveil constitue parfois, l'instant privilégié de découverte des fentasmes, des conflits et des motivations de l'acte.

C'est dans cette perspective que l'on tente à Lyon dans le service d'urgences médicales des hospices civils de Lyon, l'organisation des entretiens de "réveil" en vue de soulager "l'angoisse de résurrection".

thèse BARLET Lyon 1969 (3)

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

NOM : ERN... Marie Madeleine

AGE : 16 ans

ORIGINE : Lycéenne

- le père travaille dans une usine
- Pas d'antécédent

DUREE D'HOSPITALISATION : 23 jours

PRODUITS UTILISES : GANIDAN, MANDRAX, ASPIRINE

PB MED de REA - aucun

CIRCONSTANCES DU SUICIDE : après une dispute avec son père

AVIS DU PSYCHIATRE

- "malade bien améliorée à sa sortie"

SUITE : A été convoquée à une nouvelle consultation, mais n'a pas répondu à cette convocation.

OBSERVATION N° 2

NOM : VIN... Charlotte

AGE : 19 ans

ORIGINE :-Ne travaille pas - mari ouvrier

-1 enfant de 1 an 1/2, en outre est enceinte de 4 mois

- Pas d'antécédent

DUREE D'HOSPITALISATION : 1 journée

PRODUITS UTILISES ?

D'après le mari a pris des comprimés X .
La malade nie cette prise de médicaments, mais l'on constate une plaie superficielle du poignet gauche.

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES DU SUICIDE : suicide "chantage" à l'égard du mari, voudrait changer de lieu de résidence.

- Aurait pris des comprimés après une dispute avec ce dernier

AVIS DU PSYCHIATRE : Pas de consultation

SUITE : A signé sa pancarte, avec l'accord du mari, le lendemain de l'hospitalisation.

OBSERVATION N° 3

NOM : LAV... Angèle

AGE : 38 ans

ORIGINE :-Aide Soignante

- mari alcoolique, mécanicien de son métier
-avoue boire souvent en compagnie de ce dernier.
-A une fille de 18 ans, hospitalisée plusieurs fois à Coulommiers pour syndrome dépressif

DUREE D'HOSPITALISATION : 2 jours

PRODUITS UTILISES : un tube entier d'ANAFRANIL (!!!)

PB MEDICAL de REA : aucun

- N'a présenté aucune anomalie de l'E C G ce qui fait douter de la prise d'Anafranil.

CIRCONSTANCES DU SUICIDE :

- Tentative de suicide, après une dispute avec le mari, qui l'aurait battue.

AVIS DU PSYCHIATRE : n'a pas consulté

SUITE :-signe sa pancarte contre avis médical ; sans vouloir prendre rendez-vous, pour une consultation psychiâtrique.

OBSERVATION N° 4

NOM : PER... Sylviane

AGE : 16 ans 1/2

ORIGINE : Femme de ménage

- Père agriculteur

Antécédent psychiâtrique :-aurait été hospitalisée à Meaux, un an auparavant pour état délirant.

DUREE D'HOSPITALISATION : une journée

PRODUITS UTILISES : VALIUM 5

PB MEDICAL de REANIMATION : aucun

.../...

CIRCONSTANCES DE LA TS :

- La malade se plaint d'être surmenée et de ne plus dormir depuis quelques jours.

AVIS DU PSYCHIATRE :

- N'a pas consulté.

SUITE :-Les parents signent la pancarte, contre avis médical.

OBSERVATION N° 5

NOM : MUT... Hélène

AGE : 42 ans

ORIGINE :-Ne travaille pas

-Mari propriétaire d'un garage

-2 enfants

Antécédent psychiâtrique :-traîtée depuis un an pour "névrose hystérique" par un psychiâtre installé à Paris.

DUREE D'HOSPITALISATION : 48 heures

PRODUITS UTILISES : ANAFRANIL : quelques comprimés

LIBRIUM ; 12 comprimés

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : était seule chez elle

AVIS DU PSYCHIATRE : Pas de consultation

SUITE : soit contre avis médical, pour être suivie par son propre psychiâtre.

3 mois après sa sortie, Nouvelle tentative de suicide entraînant une hospitalisation à Paris.

OBSERVATIONS N° 6

NOM : WAT... Marie

AGE : 40 ans

ORIGINE : Femme de dentiste

- Pas d'enfant

- aucun antécédent

DUREE D'HOSPITALISATION : 24 heures

PRODUITS UTILISES : VALIUM 5

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : la malade refuse absolument tout dialogue avec l'interne de garde.

AVIS DU PSYCHIATRE : Pas de consultation

SUITE : Signe sa pancarte, avec l'accord du mari.
N'accepte pas un rendez-vous à la consultation du psychiâtre.

OBSERVATION N° 7

NOM : LEV... Marianne

AGE : 45 ans

ORIGINE : vétérinaire comme son mari
- 2 enfants
antécédent :-traîté par son médecin depuis 15 jours pour "état anxieux".

DUREE D'HOSPITALISATION : 3 jours

PRODUITS UTILISES : VALIUM
MANDRAX

PB - MEDICAL de REANIMATION : aucun

CIRCONSTANCES de la TS
TS consécutive à une dispute avec sa belle-mère

AVIS DU PSYCHIATRE : Pas de consultation

SUITE : non suivie
- a signé sa pancarte contre avis médical

OBSERVATION N° 8

NOM : DEN... Françoise

AGE : 18 ans

ORIGINE :-Père ouvrier agricole
- Célibataire - Employée de maison
- Fratrie : 6
antécédents :-A déjà fait deux tentatives de suicide

DUREE D'HOSPITALISATION : 25 jours

PRODUITS UTILISES : 16 lentérules de PHENOBARBITAL

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES DE LA TS : idée de mort depuis quelques jours

- TS pendant le weeck-end chez ses parents

AVIS DU PSYCHIATRE : "Angoisse et idée de mort importante, tendance à l'antisme, on ne peut éliminer absolument une schizophrénie débutante".

SUITE : N'a pu se rendre comme le préconisait le psychiâtre au centre de psychiâtrie infantile de Melun.

- N'est pas revenue à la consultation.
- N'est donc plus suivie.

OBSERVATIONS N° 9

NOM : GUI... Françoise

AGE : 24 ans

ORIGINE : - Aide Soignante

- Célibataire

Antécédent : Il y a un an, épisode dépressif ayant nécessité l'hospitalisation

DUREE D'HOSPITALISATION : 1 journée

PRODUITS UTILISES : IMMENOPTAL

MERINAX

PB MEDICAL de REANIMATION : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS après une dispute avec son fiancé "chantage au mariage"

AVIS DU PSYCHIATRE : Pas de consultation

SUITE : Sort contre avis médical

OBSERVATION N° 10

NOM : DUC... Claudine

AGE : 26 ans

ORIGINE : Agent hospitalier

- Célibataire
- Ethylique

Antécédents : Il y a 2 ans crises convulsives
- Il y a 1 an hospitalisée à Coulommiers pour hallucinations visuelles et auditives

DUREE D'HOSPITALISATION : 2 jours

PRODUITS UTILISES : VALIUM 10

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS consécutive à une dispute avec son ami

AVIS DU PSYCHIATRE : N'a pas consulté

SUITE : Sort contre avis médical

OBSERVATION N° 11

NOM : PON... Amélie

AGE : 69 ans

ORIGINE : Retraitée de la Société Générale
- Veuve depuis 14 ans - Pas de famille
- Antécédents : 2 tentatives de suicide par pendaison ce mois ci

CIRCONSTANCES DE LA TS : Vit à Paris ordinairement
- Est depuis 2 mois à la campagne où elle s'ennuie beaucoup

DUREE D'HOSPITALISATION : 22 jours

PRODUIT UTILISE : Gaz de Ville

PB MEDICAL de REANIMATION : aucun

AVIS DU PSYCHIATRE : "Névrose hystérique ancienne, tentative de suicide au cours d'un raptus anxieux"

SUITE : suivie après sa sortie, à la consultation

OBSERVATION N° 12

NOM : MUQ... Siana

AGE : 62 ans

ORIGINE : Retraitée - Milieu agricole
- Veuve, sans enfant

Antécédents:-hospitalisée plusieurs fois pour
Tuberculose ganglionnaire
- Crises angoreuses
- Etat dépressif

DUREE D'HOSPITALISATION : 22 jours

PRODUITS UTILISES ?

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS :-s'ennuyait seule chez elle
"voulait dormir"

AVIS DU PSYCHIATRE : A refusé absolument la consultation sous menace de signer sa pancarte.

SUITE : non suivie sur le plan psychique

OBSERVATION N° 13

NOM : COC... Marie-Laure

AGE : 48 ans

ORIGINE : Institutrice - ne travaille plus depuis 2 ans
- Mariée 2 fois
- 2 enfants - (un de chaque mariage)

Antécédents : depuis l'âge de 28 ans épisodes dépressifs traîtés dans différents hôpitaux

DUREE D'HOSPITALISATION : 13 jours

PRODUITS UTILISES : VALIUM
EQUANIL
NOZINAN

PB - MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : depuis quelques temps état dépressif important, idée de mort.
- Etait seule chez elle au moment de la TS.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Névrose hystérique grave, état dépressif décompensé"

SUITE : La malade a été hospitalisée à LA VERRIERE sur sa demande.

OBSERVATION N° 14

NOM : LE T... Marianne

AGE : 46 ans

ORIGINE : ancienne fourreuse - ne travaille plus
- mariée - 2 enfants

Antécédents psychiques :-suivie à PAUL BROUSSE pour délire, hypochondrie
- A déjà fait une TS

DUREE D'HOSPITALISATION : 1 jour

PRODUITS UTILISES : 1 flacon d'HALOPERIDOL

PB MEDICAL de REA : aucun

AVIS DU PSYCHIATRE : "Psychose chronique ? mélancolie ? "

SUITE : Est envoyée à Paul Brousse sur sa demande où elle est suivie.

OBSERVATION N° 15

NOM : COR... Ghislaine

AGE : 24 ans

ORIGINE : Travaille dans une faiencerie
- Mariée depuis l'âge de 18 ans
- 2 enfants

Antécédents : syndrome dépressif après la naissance du 2ème enfant, traîté en ambulatoire

PRODUITS UTILISES : LIBRIUM
BINOCTAL

PB - MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : Etat de fatigue depuis quelques mois. Ne voit jamais son mari qui travaille alternativement avec elle pour assurer la garde de ses enfants.

AVIS DU PSYCHIATRE : La malade n'a pas voulu attendre le jour de consultation.

SUITE : Sort contre avis médical.
- Non suivie car n'est pas venue à la consultation malgré une convocation.

.../...

OBSERVATION N° 16

NOM : COR... Marie

AGE : 21 ans 1/2

ORIGINE : - Dactylographe

- Célibataire

- Antécédents: A déjà fait une TS, il y a deux ans lors d'un traîtement amaigrissant.

DUREE D'HOSPITALISATION : 20 jours

PRODUITS UTILISES : MANDRAX

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS la veille du mariage de son "ami".

AVIS DU PSYCHIATRE : "Névrose hystérique, la TS s'inscrit dans le cadre d'une revendication affective."

SUITE : Part dans une maison de repos à Sanary/Mer.

OBSERVATION N° 17

NOM : CAI... Jacqueline

AGE : 31 ans

ORIGINE : Ne travaille pas

- Célibataire

- Orpheline de père

Antécédents psychiques depuis 1966.

Syndrome dissociatif, débilité, épisodes délirants

DUREE D'HOSPITALISATION : 11 jours

PRODUITS UTILISES : VALIUM 10 : 20 comprimés

PB MEDICAL de REA : aucun

AVIS DU PSYCHIATRE : "Délire érotico-mystique de type paranoïde"

SUITE : Transférée à l'hôpital de Melun.

../...

OBSERVATION N° 18

NOM : DES... Ginette

AGE : 21 ans

ORIGINE : Parents divorcés

- Fratrie 12
- Travaille dans une usine
- Célibataire

DUREE D'HOSPITALISATION : 11 jours

PRODUITS UTILISES : VALIUM 10

PB MEDICAL de REA : aucun

AVIS DU PSYCHIATRE : "Ne semble ni délirante ni dépressive".

SUITE : Suivie régulièrement à la consultation.

OBSERVATION N° 19

NOM : DAM... Françoise

AGE : 24 ans

ORIGINE : Ancienne postière, ne travaille plus depuis 2 mois

- Mariée
- un enfant de 3 ans 1/2

DUREE D'HOSPITALISATION : 20 jours

PRODUITS UTILISES : GARDENAL

PB - MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS chez une amie, en utilisant les médicaments du mari de cette dernière.
A ensuite essayé de vomir immédiatement.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Dépression importante, suicide impulsif et revendicateur".

SUITE : N'est pas revenue à la consultation du psychiâtre malgré une convocation.

.../.

OBSERVATION N° 20

NOM : ROY... Patricia

AGE : 18 ans

ORIGINE : Repasseuse
- Père électricien
- Célibataire, vit chez ses parents
- Fratrie 8
- Pas d'antécédents

DUREE D'HOSPITALISATION : 18 jours

PRODUITS UTILISES : IMMENOCTAL

PB - MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS après refus du père de l'émanciper
- voudrait partir au Pakistan.

AVIS DU PSYCHIATRE : N'a pas voulu le consulter à l'hôpital.

SUITE : avait un rendez-vous en consultation, ne s'y est pas rendue.

OBSERVATION N° 21

NOM : CHA... Geneviève

AGE : 24 ans

ORIGINE : - Ne travaille pas
- Milieu ouvrier
- Veuve - 2 enfants
- Suivie à l'hôpital pour état dépressif secondaire à la mort accidentelle de son mari il y a un an.

DUREE D'HOSPITALISATION : 1 mois

PRODUITS UTILISES : MOGADON
MANDRAX
NOZINAN

PB - MEDICAL de REA : aucun

.../...

CIRCONSTANCES de la TS : TS au retour d'un séjour en maison de repos.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Etat dépressif mélancolique secondaire à la mort de son mari".

SUITE : Est suivie régulièrement à la consultation, par le psychiâtre du service.

OBSERVATION N° 22

NOM : PIG... Lydie

AGE : 14 ans

ORIGINE : Interne dans un lycée
- Père ouvrier
- Fratrie 4
- Pas d'antécédents

DUREE D'HOSPITALISATION : 1 mois

PRODUITS UTILISES : SERESTA : 30 comprimés

PB- MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS le dimanche soir, pendant le weeck-end qu'elle passait chez ses parents ; Ne voulait plus retourner au Lycée.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Troubles caractériels immaturité affective particulièrement importante chez cette adolescente."

SUITE : Bons résultats, par le traîtement et l'hospitalisation.
- Ne sera plus interne
- N'est plus suivie.

OBSERVATION N° 23

NOM : CAS... Yolande

AGE : 46 ans

ORIGINE : Ne travaille pas - mari ouvrier -
- 6 enfants

Antécédents : suivie à l'hôpital pour tachycardie paroxystique

en outre avait consulté le psychiâtre
"Névrose d'angoisse avec traits obsessionnels; psychasténique anxieuse".
Traîtement par Valium, puis lors d'une nouvelle consultation psychiâtrique : Laroxyl

CIRCONSTANCES de la TS : 2 jours après l'arrêt du Laroxyl par son médecin traîtant.

DUREE D'HOSPITALISATION : 22 jours

PRODUITS UTILISES : VALIUM

PB MEDICAL de REA : aucun

AVIS DU PSYCHIATRE : "Névrose d'angoisse dont la décompensation est liée à l'arrêt du Laroxyl par le médecin traîtant".

SUITE : Suivie à la consultation psychiâtrique

OBSERVATION N° 24

NOM : AST... Marie-Josée

AGE : 18 ans

ORIGINE : Jeune Mariée
- Garde une petite fille à domicile

Antécédent familial : le père est mort à la suite d'une pendaison un an auparavant.

DUREE D'HOSPITALISATION : 7 jours

PRODUITS UTILISES : OPTALIDON

PB - MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : A la suite d'une infidélité de son mari.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Tentative de suicide impulsive, chez une névrose hystérique".

SUITE : Sort contre avis médical
Ne sera plus suivie.

.../...

OBSERVATION N° 25

NOM : DUB... Sylvianne

AGE : 41 ans

ORIGINE : Ne travaille pas

- Remariée, 2ème mari ouvrier
- 5 enfants dont 4 du premier mari
- Ethylisme

Antécédents : A déjà fait une TS il y a un an
Depuis n'était plus suivie.

DUREE D'HOSPITALISATION : 15 jours

PRODUITS UTILISES : DORMOPAN

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : Suivait un régime amaigrissant
A réalisé sa TS après une dispute avec son mari.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Structure hystérique grave, niveau intellectuel médiocre, conflit avec le mari, alcoolisme".

SUITE : N'est plus revenue à la consultation, malgré un rendez-vous pris lors de sa sortie.
A été prise en charge par l'assistante sociale.

OBSERVATION N° 26

NOM : ROU... Micheline

AGE : 30 ans

ORIGINE : Ne travaille pas, mari ouvrier

- Divorcée depuis 2 ans - reçoit une pension du mari -
- 3 enfants

Pas d'antécédent

DUREE D'HOSPITALISATION : 15 jours

PRODUITS UTILISES : BARBITURIQUES

PB MEDICAL de REA : aucun

AVIS DU PSYCHIATRE : "Etat dépressif chez une névrose hystérique"

SUITE : Les conditions socio-économiques étant déplorables, la malade a été prise en charge par l'assistante sociale. Mais elle ne sera plus suivie sur le plan psychique.

OBSERVATION N° 27

NOM : THU... Liliane

AGE : 42 ans

ORIGINE : ancienne employée de maison, ne travaille plus depuis 2 mois

- mari jardinier - Pas d'enfant

Antécédent : Méthémoglobinémie congénitale

Syndrome dépressif connu.

DUREE D'HOSPITALISATION : 20 jours

PRODUITS UTILISES : 6 variétés de médicaments

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : Depuis son arrêt de travail, s'ennuie seule chez elle, en outre a des problèmes financiers.

AVIS DU PSYCHIATRE : A refusé la consultation

SUITE : a été prise en charge par l'assistante sociale

Non suivie sur le plan psychique

Un mois après sa sortie : Nouvelle tentative de suicide.

OBSERVATION N° 28

NOM : SIN... Suzanne

AGE : 24 ans

ORIGINE : Professeur

- Célibataire, vit à 600 km de sa famille et de son fiancé.

Antécédent : Goître avec légère hypothyroïdie

Traitement à la thyroxine

DUREE D'HOSPITALISATION : 11 jours

.../...

PRODUITS UTILISES : ATARAX

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : A mal supporté des remontrances professionnelles. Aurait voulu avoir sa famille auprès d'elle.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Personnalité maniaco-dépressive

SUITE : Sort très stabilisée. Sa mère est venue la rejoindre

OBSERVATION N° 29

NOM : BEN... Gilberte

AGE : 46 ans

ORIGINE : Ne travaille pas - Mari ouvrier

- 2 enfants

Antécédents : familiaux : mère mélancolique connue et traitée dans le service

personnels: traitée depuis 10 ans pour épisodes dépressifs

TS : 2 ans auparavant

DUREE D'HOSPITALISATION : 20 jours

PRODUITS UTILISES : DOGMATIL

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS deux jours après le mariage de sa fille aînée.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Suicide hystérique dans un contexte dépressif".

SUITE : Suivie à la consultation

OBSERVATION N° 30

NOM : BEN... Fernande

AGE : 64 ans

ORIGINE : employée de maison retraitée

- veuve - 1 enfant

Antédécents : Nombreux épisodes dépressifs depuis des années

TS : un an auparavant

DUREE D'HOSPITALISATION : 17 jours

PRODUITS UTILISES : MOGADON

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS la veille du mariage de sa petite fille.

AVIS DU PSYCHIATRE : "Psychose maniaco-dépressive à forme essentiellement mélancolique".

SUITE : Va en maison de repos

Ne revient pas à la consultation à son retour

7 mois après, nouvelle tentative de suicide

OBSERVATION N° 31

NOM : DER... Santine

AGE : 26 ans

ORIGINE : Ne travaille pas - mari ouvrier agricole

- 4 enfants

Antécédent : Sclérodermie en plaques

Traîtement amaigrissant en cours

DUREE D'HOSPITALISATION : 16 jours

PRODUITS UTILISES : échantillons variés

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : Mère décédée 4 jours avant

AVIS DU PSYCHIATRE : "Etat dépressif et anxieux chez une névrotique".

SUITE : Refuse le traîtement à l'ANAFRANIL à l'hôpital

- traîtement en ambulatoire

Revient régulièrement à la consultation.

OBSERVATION N° 32

NOM : JOF... Sylvianne

AGE : 15 ans 1/2

ORIGINE : apprentie vendeuse

- père maçon

- Fratrie 6

- Pas d'antécédents

DUREE D'HOSPITALISATION : 1 jour

PRODUITS UTILISES : ASPIRINE

PB MEDICAL de REA : aucun

CIRCONSTANCES de la TS : TS après une dispute avec le père;avoue tout de suite à sa soeur la prise de comprimés.

AVIS DU PSYCHIATRE : Pas de consultation
Les parents signent la pancarte contre avis médical.

SUITE : non suivie

OBSERVATION N° 33

NOM : VER... Marie-Christine

AGE : 17 ans

ORIGINE : Lycéenne - Célibataire
- Père : ouvrier agricole
- Fratrie 7
- Enceinte de 2 mois 1/2

DUREE D'HOSPITALISATION : 6 jours

PRODUITS UTILISES : VALIUM

PB MEDICAL de REA :

CIRCONSTANCES de la TS : n'osait avouer son état de grossesse à ses parents.

AVIS DU PSYCHIATRE : Pas de consultation
Les parents signent la pancarte, et font sortir leur fille contre avis médical.

SUITE : Ne sera plus suivie.

DONNEES RETENUES

DONNEES RETENUES

Nous avons travaillé, compte tenu du petit nombre de cas, suivant le principe de la fiche monographique.

Nous avons tout de même voulu faire apparaître à travers nos questionnaires,outre le contact globalisant et personnalisé qui est spécifique de la monographie, un certain nombre de variables fondamentales. Pour donner davantage de poids statistique à ces variables, nous avons confronté à la population de nos propres malades, un échantillon de 50 cas, échantillon découpé au hasard, parmi les femmes hospitalisées au cours de l'année d'étude.

Les variables retenues ont été finalement les suivantes :

A) La catégorie d'âge

B) l'origine a) situation socio-professionnelle

b) antécédents

C) La durée d'hospitalisation

D) Le diagnostic psychiâtrique s'il y a lieu,

E) La suite de la TS

C'est-à-dire l'indication des événements, consécutifs à la sortie de l'hôpital.

.../...

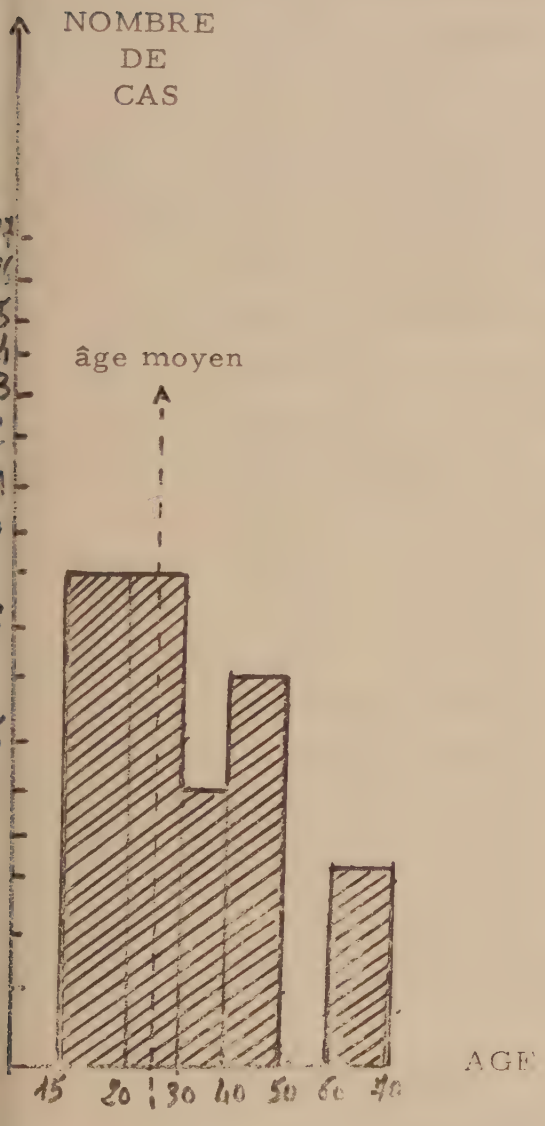
PRESENTATION DES RESULTATS

ANALYSE DES VARIABLES

A. L'AGE

Notre recherche couvre une répartition des âges allant de 15 à 70 ans pour la population des suicidaires et de 15 à 90 ans pour la population témoin.

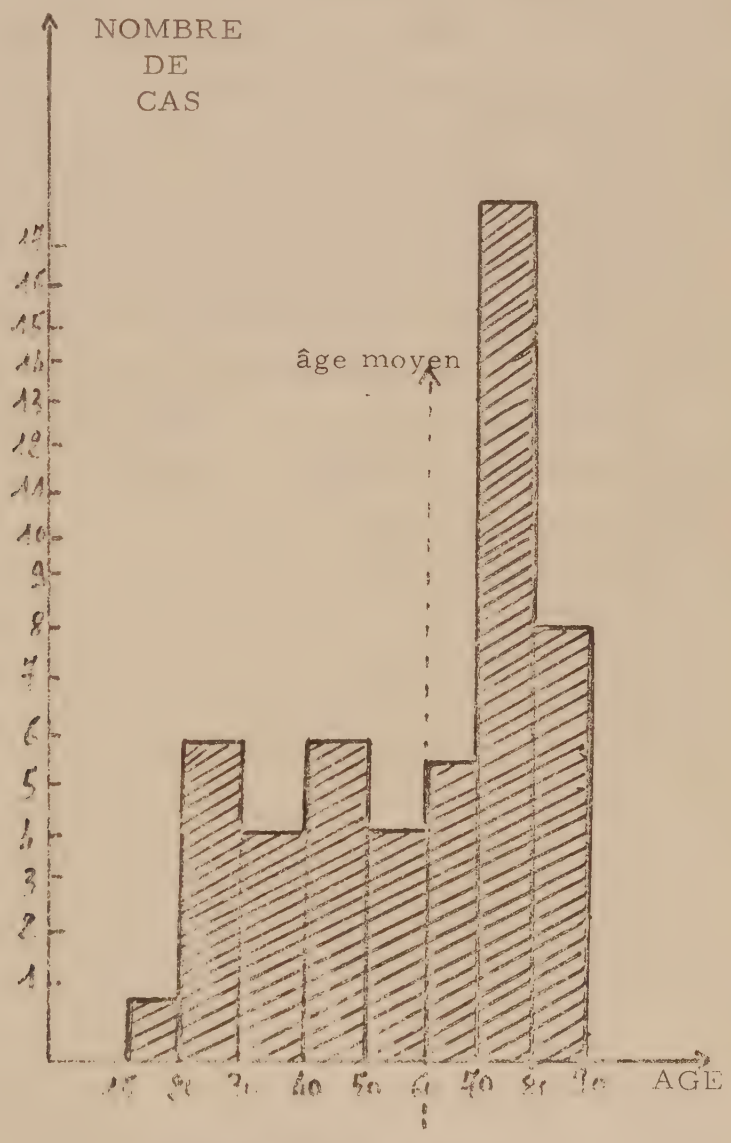
Les dispersions sont précisées sur les deux histogrammes suivants :



POPULATION DE SUICIDAIRES

N = 33

MOYENNE D'AGE 26 ANS



POPULATION TEMOIN

N = 60

MOYENNE D'AGE 60 ANS

La première remarque qui s'impose est la différence très nette des moyennes d'âge au sein de chacune des deux populations. L'âge moyen est de 60 ans pour la population hospitalière générale et de 26 ans pour la population des suicidaires.

On est également frappé par l'importance du nombre des tentatives de suicide, nombre énorme par rapport à un simple hôpital de province, Il est possible que ce nombre soit lié à la situation de Coulommiers sur le plan des conditions d'existence de la population recrutée : c'est dire quelle est l'énormité des responsabilités des établissements hospitaliers qui desservent des milieux socio-économiques défavorisés.

Cette constatation est d'autant plus désolante que les tentatives de suicide constituent, comme nous l'avons vu sur le tableau précédent, pratiquement la totalité du recrutement des jeunes femmes à l'hôpital. Certes, nous avons réussi à nous de tirer des problèmes proprement médicaux de la réanimation, mais ce succès relatif ne porte pas sur le fond du problème. La tentative de suicide d'un jeune sujet ne se résoud pas par la simple réinsertion momentanée dans l'exixtence, car ainsi que nous l'avons constaté, la récidive est une menace permanente et pressante (27 % des cas au moins et sur un délai très court). Les récidives montrent que la tentative de suicide constitue le renouvellement désespéré d'une sorte d'appel au secours, c'est-à-dire en fait, un geste pour renoncer la relation aux autres et avec la société. L'ambiguïté même de la tentative de suicide, comme acte orienté à la fois vers la mort et vers la vie, exige de notre part une réflexion et une action sans commune mesure avec le train-train du fonctionnement journalier d'un service hospitalier.

B. L'ORIGINE

a) Situation socio-professionnelle

Nous donnons ci-après les pourcentages de chaque catégorie socio-professionnelle à l'intérieur de chacune de nos deux populations.

		POPULATION SUICIDAIRE		POPULATION DE REFERENCE	
OUVRIERS (Agricoles)	4	Nbre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
(en Usine)	12				
EMPLOYES (Maison	4	24 →	63 %	36 →	72 %
)Hôpital	3				
(Vendeuse	1				
MPLOYES DE BUREAU	3	→	9 %	7 →	14 %
COMMERCANTS	1	→	3 %	6 →	10 %
DUCATION NATIONALE	2	→	6 %	2 →	4 %
ROFESSIONS LIBERALES	3	→	9 %	0 →	0 %

Ce qui frappe tout d'abord, et qui constitue comme nous l'avons signalé une limitation de notre étude, c'est le caractère tout à fait particulier du recrutement de notre hôpital ; près des 3/4 de nos malades appartiennent aux classes sociales les plus défavorisées.

Cette même proportion, ou une proportion voisine se retrouve dans la population de nos suicidaires : 63 % contre 72 %.

Le caractère non significatif de la différence de ces pourcentages nous permet de conclure que l'appartenance à une classe sociale déterminée n'est pas un facteur déterminant, en ce qui concerne le déclenchement du suicide.

b) Antécédents

ANTECEDENTS	POPULATION SUICIDAIRE		POPULATION DE REFERENCE	
	AGE < 25	AGE > 25	AGE < 25	AGE > 25
AFFECTIONS SOMATIQUES CHRONIQUES	0 → 0 %	4 → 22 %	0 → 0 %	28 → 62 %
ALCOOLISME	0 → 0 %	3 → 17 %	0 → 0 %	3 → 7 %
ANTECEDENTS PSYCHIQUES	5 → 33 %	8 → 44 %	1 → 20 %	6 → 13 %
SANS ANTECEDENTS	10 → 67 %	3 → 17 %	4 → 80 %	8 → 18 %

L'étude simple de la variable constituée par les antécédents ne nous a pas permis d'élaborer des conclusions significatives.

Par contre, le croisement des variables, "antécédents" et "âge", en coupant la variable "âge" en deux classes, moins de 25 ans, et plus de 25 ans, est susceptible de faire apparaître les constatations suivantes.

1) Chez les "jeunes"; les antécédents de la population suicidaire sont entièrement comparables à ceux de la population témoin.

2) Par contre, chez les personnes de plus de 25 ans dites "agées" selon notre classification, les diverses catégories d'antécédents manifestent une influence en particulier l'alcoolisme et l'existence de troubles psychiques connus.

Ces remarques sont extrêmement limitées car une expérience plus générale semblerait prouver, au contraire, la fréquence

.../...

des récidives chez l'adolescent, récidives qui se révèlent de plus en plus graves tout au long d'une histoire individuelle jusqu'à atteindre une sorte de palier.

Il est évident que l'importance numérique et la gravité de ces récidives dépendent de la manière dont peuvent être organisées les prises en charge ultérieures.

On peut être tenté de dire que la tentative de suicide antérieure constitue l'antécédent le plus important. Mais,en fait, les antécédents psychopathologiques peuvent être présents et, pour des raisons que nous avons indiquées plus haut, échapper à toute détermination psychiâtrique rigoureuse.

Sur les 33 suicidaires étudiées, nous avons trouvé :

6 malades ayant des antécédents de tentatives antérieures

3 malades ayant récidivé avant la fin de l'étude

Au total il existe déjà :

9 récidives sur 33 soit 27 %

C. DUREE D'HOSPITALISATION

Nous donnons ci-après la fréquence des tentatives en fonction des durées d'hospitalisation réparties en 3 catégories :

DUREE D'HOSPITALISATION	NOMBRE	POURCENTAGE
Moins de 7 jours	12	36 %
De 7 à 20 jours	12	36 %
Plus de 20 jours	9	36 %

Le tableau montre que les attitudes vis-à-vis du séjour hospitalier se répartissent avec une extrême diversité chez nos sujets.

Certains manifestent un attachement sécurisant à l'établissement, d'autres prennent des positions de rejet, d'autres restent

soumis à leur famille.

Aucune attitude précise, la même pour tous, n'est systématiquement déterminée.

D. LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE

Le diagnostic que nous faisons figurer ici a été établi par le médecin psychiâtre, qui ne peut donner à l'hôpital qu'une journée hebdomadaire de consultation, ce qui a entraîné pour les malades hospitalisées pendant un trop court séjour, l'impossibilité d'être "présentés" au psychiâtre. Neuf malades sont dans ce cas.

En ce qui concerne les 22 malades examinées, nous pouvons proposer les remarques suivantes :

1) L'existence d'un diagnostic psychiâtrique dans 84 % des cas.

2) La fréquence chez les femmes suicidaires d'une pathologie de type dépressif, comme la fréquence d'une pathologie hystérique décompensée en un état dépressif anxieux.

DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE	NOMBRE	POURCENTAGE
Etat Dépressif chez une névrotique	9	37 %
Névrose Hystérique	7	29 %
Schizophrénie	2	8,5 %
Délire Chronique	2	8,5 %
Structure Psychiâtrique mal définie	4	17 %

Malades examinées N = 24

Malades non examinées N = 9

Nous avons cru bon, en outre, de rechercher une relation entre la fréquence des diagnostics psychiâtriques et la coupure en fonction de l'âge de 25 ans... Le tableau correspondant est indiqué ci-après.

J'étends ce tableau aux 33 cas, utilisant au mieux mes constatations personnelles à propos des malades qui ont échappé à l'entretien avec le psychiâtre.

AGE	Nombre Total	Nombre de sujets avec un diagnostic Psychiâtrique	Pourcentage
Moins de 25 ans	15 cas	7 cas	46 %
Plus de 25 ans	18 cas	15 cas	83 %

Ce tableau fait apparaître une très grande différence entre les sujets jeunes et les sujets âgés...

La pathologie mentale paraît se retrouver de façon beaucoup plus fréquente chez les femmes de plus de 25 ans, tout simplement parce qu'à partir de cet âge la nosographie psychiâtrique classique peut-être utilisée.

Par contre, chez la femme de moins de 25 ans, et dans la moitié des cas, il n'y a pas de trace évidente de maladie mentale caractérisée.

Il y a,tout au plus, cet ensemble de traits, si difficile à discerner par rapport aux aspects généraux de la personnalité mobile et fragile des adolescents.

E. SUITE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

Nous avons relevé systématiquement les différentes prises de position des malades à la suite de la tentative d'autolyse, et devant une attitude générale d'accueil, identique pour tous, présentée par l'hôpital.

Quatre attitudes caractéristiques ont été relevées conformément au tableau ci-dessous.

	Nombre Total	Pourcentage	Moyenne d'âge
Groupe 1	4	12 %	
Groupe 2	10	30 %	28 ans
Groupe 3	19	58 %	31 ans
Groupe 4	11	36 %	39 ans

Groupe 1 : Il s'agit de malades qui refusent l'hospitalisation plus d'une journée. Dès leur réveil elles exigent de partir.

Il est vrai que dans les quatre cas concernés, nous retrouvons les trois femmes de la catégorie "profession libérale", femmes que l'hospitalisation semble manifestement rebuter.

Groupe 2 : Il s'agit de malades qui, bien qu'hospitalisées quelques jours, n'ont pas cru devoir attendre, ou accepter la consultation psychiâtrique.

Groupe 3 : Il s'agit de malades qui ont consulté normalement le psychiâtre mais ne sont plus suivies ensuite.

Groupe 4 : Il s'agit de malades suivies par le psychiâtre et qui consentent à revenir régulièrement pour la consultation.

Ce tableau fait apparaître :

1) que 64 % des malades sont pratiquement abandonnées à elles-mêmes - (groupe 1 + 2 + 3).

C'est l'une des indications les plus saisissantes de notre description individuelle des cas - (voir fiches d'observation).

2) que les malades qui ont accepté des consultations ou des soins, sont finalement les malades les plus âgées.

C'est sans doute parce que, chez les suicidaires âgées, la TS est plus significative d'une pathologie ressentie subjectivement que chez les sujets jeunes. Cette considération sera utilisée au cours de notre dernière partie, car la différence de nature entre l'effet de l'action hospitalière sur les jeunes et sur les plus âgées, nous entraînera à étendre bien au-delà du perfectionnement d'un simple service médical l'ensemble des mesures à prendre pour assurer la prévention du suicide ou la guérison du désir d'autolyse.

Il faut attirer l'attention sur les attitudes spécifiques propres aux suicidaires. Si un certain nombre d'entre"eux"acceptent l'aide et le secours de nos services, d'autres, malheureusement dès leur réveil rejettent la suite des soins, et des rapports que permettraient une hospitalisation prolongée. Aveuglés par la sédation momentanée de leur troubles que provoque généralement la réalisation de leur tentative de suicide ; ils prétendent aller mieux, manifestent de l'optimisme, et nous quittent au plus tôt. Ils nous empêchent ainsi "d'interpréter" la tentative de suicide et de la traiter pour ce qu'elle est vraiment : un acte symbolique orienté vers une modification profonde de l'individu dans ses rapports avec lui-même et avec son environnement personnel, professionnel et social.

Les responsabilités propres au service de santé ne concernent pas seulement l'hôpital. Elles portent sur la possibilité de contacts quotidiens avec un psychiâtre, d'entretiens avec des psychologues spécialisés, de rapports suivis avec des assistantes sociales.

Sont également en cause, les attitudes générales des familles. Ces dernières tendent, et particulièrement à l'égard des sujets jeunes les plus menacés, à minimiser l'importance et la signification profonde de la tentative. Elles invoquent les causes occasionnelles les plus banales, et les plus diverses (causes qui constituent les difficultés communes à ceux qui se suicident, et à ceux qui ne se suicident pas) pour "récupérer" leur malade, le plus rapidement possible et croire ou faire croire, que la situation va se normaliser toute seule.

../...

SUGGESTIONS ET PROPOSITIONS

C'est peut-être une nécessité médicale, mais c'est sûrement une erreur psychologique, que de placer et surtout de maintenir les suicidaires dans un service de médecine générale d'un établissement hospitalier.

En fait le service général devrait constituer une sorte de centre d'orientation permettant :

- soit d'adresser le malade dans un hôpital psychiâtrique, dans des cas très précis et très nettement définis, soit de le mettr en contact avec un service psycho-social, articulé de manière à ce que ce service soit à l'intérieur de l'hôpital ou à l'extérieur.

Ce service aurait pour première mission d'"accrocher le malade", c'est-à-dire de mettre en place avec lui des liens extrêmement solides.

Cette fonction "d'accrochage" est tellement importante, qu'elle a fait surgir, de manière parallèle, certaines institutions du type "SOS amitié" qui répondent anonymement à toute heure du jour et de la nuit aux appels téléphoniques des êtres en détresse. Il y a beaucoup à dire bien sûr sur la portée réelle de telles interventions, mais elles montrent souvent que dans le cas de la tentative de suicide, lorsque joue au maximum, la mise en balance des motifs de l'auto-destruction et des raisons de vivre, rien n'est plus efficace momentanément qu'un contact susceptible de restituer la présence d'autrui.

Citons un article du Bulletin trimestriel de SOS Amitié Paris n° 35 .

" Devant ce drame du suicide, nous croyons que les interventions représentent une forme d'écoute, appelée peut-être à se développer dans l'avenir, sans pour autant dévaloriser notre écoute anonyme par téléphone, qui reste la mission de SOS amitié. Il nous faut donc préparer ce qui sera, qui sait, une part non négligeable de l'activité de SOS dans les prochaînes années car c'est l'appelant qui compte et lui seul, si l'intervention est le service qu'il attend, ne nous faudra-t-il pas répondre à sa demande".

.../...

Cet "accrochage"réalisé, le service pourrait éventuellement renvoyer à l'hôpital pour un traftement psychiâtrique, les malades les plus caractérisés. Mais là n'est ni le plus important, ni le plus difficile, Il faut songer en effet à la masse des sujets jeunes non marqués psychiâtriquement, à la limite de l'insertion dans la vie et de la fuite de l'existence.

Une pareille population exige un service permanent de type ouvert, permettant, tantôt des séjours, tantôt des consultations et articulant, à la venue des malades dans le service, les visites à domicile de psychologues et d'assistantes sociales.

Partout dans le monde se sont créés des organismes, qui interviennent lors d'une crise suicidaire, et qui luttent pour prévenir les récidives. Citons les exemples donnés dans l'article de J. P. SOUBRIER (Revue de praticien du 19 décembre 1971).

Ce sont :

I. "Le centre de prévention du suicide de Los Angeles...

Il sert de modèle pour tout centre organisé vers la prévention du suicide lors de la crise suicidaire. Mais il est aussi un modèle scientifique, étant donné les études effectuées sur le suicide et les comportements auto-destructifs. C'est à partir de l'expérience de Los Angeles que s'est organisé la prévention du suicide aux Etats Unis avec plus de 130 centres et un bureau national à Washington.

En 1959 le but principal de l'équipe de ce centre était de démontrer que l'on pouvait sauver quelques vies humaines et sensibiliser l'opinion publique à ce sujet.

Trois autres buts étaient recherchés :

1) démontrer les possibilités de collaboration entre un centre de prévention du suicide et les divers centres de l'hygiène mentale.

2) servir de projet pilote

3) entreprendre une recherche exhaustive sur l'étiologie, l'explication et les possibilités prophylactiques des comportements auto destructifs.

II. L'organisation des Samaritains

Organisme philanthropique créé en 1953 par le Révérend

.../...

CHADVARAM. Leur prévention du suicide s'effectue sur les deux premiers niveaux de prévention et d'intervention. L'utilisation du téléphone est importante mais non unique, leur mode de relation est de type amical et est utilisé dans la rue, les foules, les églises.

Les équipes sont faites de bénévoles travaillant en collaboration avec des psychiâtres.

III. Le centre de prévention du suicide de Vienne

Un des premiers créé dans le monde (en 1948) son activité s'étend à la prévention de la récidive à l'hôpital. Adjacent au centre de pathologie tonique, et situé dans le centre psychiâtrique de cette ville. L'activité est donc à la fois prophylactique à tout stade, mais aussi clinique. L'organisation est importante du fait de la collaboration étroite entre les services médicaux précités d'une part et d'autre part entre ceux-ci et les services de police, l'archevéché et tous les dispensaires d'hygiène sociale..."

En ce qui concerne la France nous allons essayer de regrouper nos suggestions sous les deux notions majeures de prévention et de postvention. C'est entre ces deux notions que se situeront les nouvelles orientations de l'hôpital et des services spécialisés.

1) La notion de prévention

Cette notion est très générale et très importante. Elle nous semble devoir être abordée sous quatre approches fondamentales, celle qui concerne les médecins et les agents de santé publique, celle qui concerne la population et les autorités, celle qui concerne les individus menacés, et enfin celle qui concerne la recherche et la prospective.

a) Médecine et agents de santé publique

Dans la brochure sur "la prévention du suicide" que l'OMS a publié en 1969, on trouve des indications générales en ce domaine.

"Il faut en même temps créer des coins spéciaux pour le personnel volontaire et professionnel, capable de contribuer à dépister rapidement les cas les plus menacés, à les traiter, à les orienter correctement et à les suivre". Ces indications visent, bien entendu

.../...

et en particulier, les médecins qui doivent savoir diagnostiquer rapidement les états présuicidaires, et qui doivent en outre assurer leur orientation vers la prise en charge la meilleure.

On ne doit pas hésiter dans ce domaine à utiliser non seulement l'enseignement post-universitaire, mais encore les moyens modernes de diffusion de l'information (films didactiques, diapositives et document d'accompagnement etc...)

b) Population et autorités

Là aussi la brochure de l'OMS donne de très utiles suggestions. "Il faut que le public comprenne mieux ce qu'est le suicide". Il s'agit de faire prendre au sérieux les menaces que représentent les tentatives de suicide. Dans ce domaine la presse et les man-média ont un rôle considérable à jouer.

c) Individus concernés

Le plus grave danger pour les suicidants est précisément la solitude, solitude qui prend dans les sociétés industrielles (avec l'effacement du rôle de la famille et la disparition des modèles de comportement) une gravité particulière. C'est dans cette perspective qu'il convient d'utiliser les techniques modernes qui ont précisément abouti à cette dangereuse individualisation. Le téléphone demeure un instrument particulièrement adapté : des personnes disponibles demeurent à l'écoute interviennent à l'instant où il faut, envisagent une suite éventuelle de l'assistance.

d) La Recherche

Il est temps de passer de ces mesures, dictées par le simple bon sens à des mesures plus scientifiques. Dans cette perspective les travaux du "Groupement d'Etude et de prévention du suicide" (fondé en France depuis 1968 et officialisé par le gouvernement (cf l'Etude de rationalisation des choix budgétaires " du Ministère de la Santé Publique) sont à prendre en considération.

Ils prévoient en effet des moyens d'action et

"un support administratif pour

- l'Etude des causes et conséquences du suicide ;
- La collecte des statistiques ;

par

- des commissions régionales de suicidologie ;

- une recherche épidémiologique c'est-à-dire des enquêtes sur deux à trois régions ou sur des échantillons de services concernés par la prise en charge du suicidant et de recherche spécialisée".

2) La notion de Postvention

Ce terme nouveau, introduit par SCHNEIDMAN, semble porter d'abord sur la prévention de la récidive, c'est-à-dire qu'il enveloppe un grand nombre de facteurs psychologiques et psychosociaux.

Il nous semble que ces facteurs peuvent être regroupés sous trois rubriques celle de l'équipe psychothérapique permanente, celle du lieu avec les milieux qui entourent le suicidant, (professionnel scolaire et familiaux), celle des processus de psychologie dynamique.

a) Lien avec une équipe

Le suicidant doit pouvoir à tout instant retrouver un contact avec ceux qui ont assuré, au moment dramatique de la réinsertion dans la vie, une prise en charge compréhensive et techniquement informée. C'est dire que le centre paramédical ou hospitalier doit disposer d'un secrétariat permanent, d'un fichier, et d'une équipe susceptible d'intervenir à tout instant. Rien n'empêche d'ailleurs, dans certains cas, cette équipe de prendre l'initiative et de s'assurer téléphoniquement ou par une visite à domicile, ou sur le lieu de travail, de la constance de la guérison. Le rôle majeur de l'assistante sociale dans cette perspective est une fois de plus à souligner.

b) Contact avec les milieux scolaires ou professionnels

Ce contact est multiple car il concerne aussi bien les relations proprement médicales entre l'équipe et les médecins des institutions (médecins scolaires, médecins du travail) que les liens entre l'équipe et les institutions elles-mêmes. En effet la majorité des suicidants ont un problème social, familial et,pour les

.../...

jeunes, scolaires.

Dans ce cas, notre rôle se subordonne à celui de l'assistante sociale, en tout état de cause plus urgent. Bien entendu ceci ne dévie ni n'interrompt notre relation thérapeutique personnelle avec le suicidant. Il s'agit avant tout d'un ordre de priorité devant certaines urgences sociales. "(J. P. SOUBRIER "in GAZETTE MEDICALE de FRANCE" Suicide - Postvention et psychothérapie)"..

c) Contact avec les milieux familiaux

"Il y a la question de l'entourage du suicidant, à qui il convient de faire comprendre ce qui s'est passé, ce qui se passe et ce qu'il convient de faire pour celui qui vient de ne pas mourir. Ceci est d'autant plus important et à prendre en considération que l'élément pathogène existe dans la relation avec l'Autre, ou uniquement dans cet Autre (the significant Other) qu'il soit son ami, concubin, conjoint ou parent." J. P. SOUBRIER.

d) Processus de psychologie dynamique

Ce processus s'articule bien entendu, sur le lien que nous avons envisagé sous l'alinéa "a" ci-dessus. Mais il faut bien en saisir la véritable dimension. Il s'agit en effet d'offrir aux malades le bénéfice de tous les processus psycho-sociaux susceptibles de le consolider, y compris ceux qui présentent un caractère institutionnel (psychothérapie de groupe, essai de prise, responsabilité au sein du groupe traîté lui-même, non directivité etc...). Ce processus pouvant aboutir à une véritable mobilisation des suicidants en vue d'une protection mutuelle (par analogie avec certaines tentatives institutionnelles de postvention de l'alcoolisme, du tabagisme, ou de la drogue en général).

3. L'hôpital et le Réseau

C'est à ce niveau que s'effectuent les orientations principales et que surtout, le réseau de postvention trouve dès le réveil du malade son sens et sa structure.

Son sens c'est-à-dire de calmer l'angoisse, d'instituer le traîtement, d'assurer la verbalisation des phantasmes, de socialiser etc..

Sa structure, c'est-à-dire celle de l'équipe polyvalente. A

.../...

l'hôpital il s'agit de l'ensemble des personnes qui assurent l'encadrement du malade, et qui outre les soins, organisent les différents niveaux de dialogue (dialogue médecin suicidant, dialogue médecin famille, dialogue assisté suicidant-famille, psychothérapie de groupe, psychothérapie institutionnelle). Ces niveaux de dialogue seront développés, surtout en ce qui concerne les derniers, au niveau du réseau.

Ainsi l'unité indispensable prévention - traîtement - postvention sera assurée.

CONCLUSION

CONCLUSION

Rappelons que nous n'avions, ni la prétention, ni les compétences pour faire sur le suicide un travail de quelque envergure. Nous n'avons même pas effectué d'un point de vue particulier, qu'il soit psychiâtrique, toxicologique, psychanalytique etc.. le tour de la question.

Nous avons voulu, modestement mais avec beaucoup de conviction, poser un problème et apporter un témoignage. Nous avons ainsi, chemin faisant, retrouvé avec nos pauvres moyens certaines caractéristiques générales concernant la tentative de suicide chez les femmes. Qu'il s'agisse de la relative jeunesse, et de la relative "normalité d'une grande partie de ces suicidaires, qu'il s'agisse de la déconcertante importance numérique du phénomène, qu'il s'agisse des lourdes probabilités de récidive, qu'il s'agisse du refus conscient ou inconscien du séjour à l'hôpital et de la prise en charge qui devrait lui succéder : dans tous les cas des recoupements sont apparus entre nos résultats et ceux de travaux beaucoup plus ambitieux et beaucoup plus importants.

Nous sommes ainsi sensibilisés à ce qu'il faudrait faire et aux immenses ressources à mettre en oeuvre pour assurer un réseau efficace de prévention, de traîtement et de postvention.

Les débuts de réalisation qu'ils nous a été donné d'étudier nous font bien augurer de l'avenir.

Cette expérience que nous avons vécue, par les effets qu'elle a eu sur nous, nous montre bien quelle est l'importance majeure de l'information en ces domaines ou règnent toujours les préjugés et les idées reçues.

Nous souhaitons que l'ensemble des médecins, d'un point de vue professionnel et l'ensemble de la population et des autorités, d'un point de vue général, puisse recevoir quelque chose d'analogue à ce que nous avons reçu.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1) ARLABOSSE R et BLANADET :
Le suicide de l'enfant et de l'adolescent -
Gazette médicale de France - Tome 79 n° 29 Octobre 1972

2) AZOULAY J. Conduites suicidaires -
Gazette médicale de France - Tome 79 n° 29 Octobre 1972

3) BARLET P. Thèse Lyon 1969 : La psychiâtrie au sein du service d'urgence médicale des hospices civils de Lyon

4) COLONNAL LOO H, et ZARIFIAN E : Suicide et nosographie psychiâtrique - Revue du Praticien - "Suicide" Décembre 1971

5) CRESSARD P : Thèse Orléans 1970 : Motivations de la tentative d'"autolyse" (à propos de 230 malades admis en CMR d'Orléans.

6) DESHAIES G. : Psychologie du suicide. PUF. 1947

7) DESHAIES G. : Le suicide est-il toujours pathologique ?
Revue du Praticien - "Suicide" Décembre 1971

8) DUCHE DJ. : Tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent -
Entretiens de Bichat 1964

9) DURKHEIM : Le suicide. PUF. Nouvelle édition 1960

10) ELIS B. : Le suicidaire est-il un malade psychiâtrique ?
"Le suicide" gazette médicale de France - Octobre 1972 n° 29

11) EY H. : Le suicide pathologique -
Etudes psychiâtriques Tome II page 347

12) FREUD S. : Le moi et les mécanismes de défense : PUF Paris 1964

13) GAULTIER M, FOURNIER E, GORCEIX A :
A propos de 47 cas de tentatives de suicide chez les adolescents - Encephale 1961

.../...

14) GAULTIER M. FOURNIER E, GORCEIX A, ZIMBACCA N :
Etude clinique et statistique d'un groupe de mineurs suicidants.
La semaine des hôpitaux de Paris n° 50 1963

15) GAULTIER M, FOURNIER E, ZIMBACCA N, GORCEIX A
Les intonications aigues volontaires chez les sujets de moins de 21 ans. AML. Janvier 1965

16) GORCEIX A, ZIMBACCA N : Etudes sur les suicides
Le médecin et le psychologue devant le suicidant rescapé - Masson - Paris 1968

17) HAIM A : Les suicides d'adolescents - Payot 1969

18) LAUNAY C : Suicide et tentative de suicide, chez l'enfant et l'adolescent.
Revue du praticien - Tome XIX n° 6 1964

19) LE BOUC C : Thèse Paris 1971
Le rôle institutionnel d'une équipe psychiâtrique au sein d'un service de réanimation recevant des intonications aigues volontaires.

20) LITMAN R. MD : Suicide : a clinical manifestation of Acting out.
From Actingout, Theorical and clinical Aspects Copright Grune et Stratton, Ine 1965

21) MALE P : Le suicide chez l'enfant et l'adolescent
"Suicide" Revue du Praticien Décembre 1971

22) OLIVIER P : SOS Amitié : Bruxelles 13 Mai 1972
Groupement d'études et de prévention du suicide

23) OMS : Cahier de santé publique 1969
La prévention du suicide

24) PICHOT P : La nosologie des états dépressifs - Bases étiologiques -
Acta psychosomatica - Documenta Ceigy 1968

25) RICHARD-PERSEIL - Annette : Thèse Paris 1970
Etude statistique et épidémiologique sur un an de 630 suicidants pris en charge après leur intonication volontaire grave à l'unité de psychiâtrie de la clinique toxicologique de l'hôpital Fernand Widal.

26) RINGEL E : (Vienne) : Les principes de la prophylaxie du suicide. Congrès international Bâle 1965 pour la prévention du suicide (Documenta Geigy)

27) ROCHE L : Activités du centre antipoisons à Lyon en 1969
Bulletin de médecine légale et toxicologie médicale
Mars - Avril 1970

28) SOUBRIER JP : Thèse Paris 1965
Aspects psychiâtriques de l'intoxication aigue volontaire
(à propos d'un groupe d'adultes de sexe masculin)

29) SOUBRIER JP : Un centre de prévention du suicide, cela existe-t-il ?
Entretiens de Bichat 1969 - volume thérapeutique Pages 220-221
l'expansion scientifique française - Paris -

30) SOUBRIER JP : La prévention du suicide - ni mythe, ni tabou, mais avenir et réalité. SANDORAMA 1971

31) SOUBRIER JP C LEBOUC et J GOVIRAN : Prévention du suicide et organisme de prévention.
La revue du praticien "Suicide" Décembre 1971

32) SOUBRIER JP : Suicide, postvention et psychothérapie
Gazette médicale de France - "Le Suicide" Octobre 1972 n° 29

33) SOUBRIER JP et CAROU F : Dépression, suicide ou toxicomanie ?
(à propos d'une étude originale sur les adolescents)
gazette médicale de France - "Le Suicide" Octobre 1972 n° 29

34) SOS - Amitié : Bulletin trimestriel de SOS Amitié - Paris n° 35
Juin 1971.
- Intervention auprès des suicidants une expérience à suivre
- A l'écoute des suicidants.

.../...

35) Pr STENGEL-ERWIN : University of Sheffield (Angleterre)
Nouvelles tendances à la recherche sur le suicide
Documenta Geigy - Congrès international pour la prévention du suicide - Bâle 1965

36) VEDRINNE J : L'intonication aigue volontaire - Masson 1965

37) VEDRINNE J, SOUBRIER JP : Suicidants, centre de prévention du suicide "suicidologie"
Journal Européen de Toxicologie - Janvier 1969

38) ZIMBACCA : Le Suicide chez l'adolescent
Concours médical - 87 - 1965